

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 2

FACULTÉ DE MÉDECINE

Quelques considérations sur le Mécanisme Obstétrical



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Novembre 1942

PAR

JACQUES JAUBERT

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né à Tarbes, le 3 Mai 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. P. DELMAS, professeur, *Président*.

AIMES, professeur.

HARANT, agrégé.

CADÉRAS de KERLAU, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

1942

Quelques considérations

sur

LE MÉCANISME OBSTÉTRICAL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 2

Quelques considérations sur le Mécanisme Obstétrical



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Novembre 1942

PAR

JACQUES JAUBERT

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né à Tarbes, le 3 Mai 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. P. DELMAS, professeur, *Président*.

AIMES, professeur.

HARANT, agrégé.

CADÉRAS de KERLAU, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE LAFFITTE-LAURIOL, RUE COLLOT, 3

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs.

Chaires :

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	L. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.....	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, <i>assès</i> .
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge....	P. DELMAS.
Clinique de dermat-syphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen hon</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et chir. maxillo-faciale.....	LAPEYRE.
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale.....	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés d'enseignements complémentaires.

MM.		MM.
Chimie.....	MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clinique des mal. contag. JANBON, <i>prof</i> .
Microbiologie.....	CARRERE, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tubercul... VIDAL, <i>prof</i> .
Histoire naturelle médic. HARANT, <i>agrégé</i> .		Pathologie chirurgicale... MOURGUE-MOLINES.
Pharmacologie.....	HARANT, <i>agrégé</i> .	— — — — — TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médicale.....	BOUCOMONT, <i>agrégé</i> .	Chirurgie expérimentale. GUIBAL, <i>agr</i> .
— — — — — BERT, <i>agrégé</i> .		Médecine opératoire.... ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeutique médicale. P. RIMBAUD, <i>agrégé</i> .		Accouchements..... CADERAS DE KERLEAU.
Clinique interne.....	PUECH, <i>professeur</i> .	Stomatologie..... N...

Agrégés en exercice.

MM.		MM.
Médecine.....	P. RIMBAUD.	Histoire naturelle médic. HARANT.
— — — — — BOUCOMONT.		Chirurgie..... MOURGUE-MOLINES.
— — — — — BERT.		— — — — — GUIBAL.
— — — — — LAFON, <i>chargé d'agr.</i>		— — — — — ROUX.
Chimie.....	MONNIER.	Urologie... TRUC.
Bactériologie.....	CARRERE.	Accouchements..... CADERAS DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse.

MM. P. DELMAS, professeur, <i>président</i> .	MM. HARANT, <i>agrégé</i> .
AIMES, professeur.	CADERAS DE KERLEAU, <i>agrégé</i> .



A MA MERE, A MON PERE

AUX MIENS

A MES AMIS

J. J.

A LA MEMOIRE DES ELEVES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR EN 1939-1940

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELMAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
ACCOCHEUR EN CHEF DE LA MATERNITÉ

MÉDECIN-COLONEL DE RÉSERVE

ANCIEN CHIRURGIEN-CONSULTANT AUPRÈS DE LA DIRECTION
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA XVII^{ME} RÉGION

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qu'il me permette de lui exprimer ici toute ma reconnaissance pour l'accueil empreint de tant de paternelle bienveillance que j'ai toujours trouvé auprès de lui.

Joignant à l'inépuisable savoir du Professeur la riche expérience de l'Officier Supérieur, il ne m'a pas ménagé les conseils les plus éclairés au seuil de la carrière à la fois médicale et militaire qui va être la mienne.

Qu'il reçoive mes plus sincères remerciements pour ses sages avis. Ils ont constitué et ne cesseront, dans l'avenir, de constituer pour moi un guide précieux.

Qu'il accepte en hommage de respectueuse et profonde gratitude, ce travail qu'il a bien voulu inspirer et diriger.

A MON JURY DE THESE

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL
LAMBERT DES CILLEULS

DOCTEUR ÈS SCIENCES

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA 16^{me} DIVISION MILITAIRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

A MES CHEFS

INTRODUCTION

L'accouchement peut être défini (Prof. P. DELMAS) :
l'acte par lequel le produit de conception parcourt la filière naturelle qui le mènera du ventre de sa mère, lieu de son développement, vers le monde extérieur ». Définition d'une grande simplicité, à la portée de tous. Inutile, donc, de lui substituer une variante qui risquerait simplement de dire en termes moins clairs ce que celle-ci énonce en trois lignes d'une parfaite netteté.

Au cours de ce trajet qui lui fait traverser la filière maternelle, le fœtus subit des changements d'attitude imposés par l'architecture même de cette filière. Ces changements passifs de position du fœtus, en vue de s'adapter le mieux possible au canal dont il est prisonnier et dans lequel il est tenu de progresser, constituent ce qu'il est classique d'appeler la mécanique obstétricale dont la connaissance évite des manœuvres incorrectes grosses de conséquences pour la mère et l'enfant.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Ce n'est, certes, pas vouloir faire œuvre nouvelle que de se proposer l'étude d'un tel mécanisme. La conception que nous en avons constituée un édifice auquel les obstétriciens des temps modernes ont contribué par l'apport de leur pierre personnelle. Peut-être est-ce parce que les matériaux sont un peu disparates et les architectes si nombreux que la construction présente, semble-t-il, un aspect un peu confus et que certaines de ses parties ont été un peu négligées et laissées dans l'ombre.

En effet, si les discussions, les études et les travaux ont été nombreux au sujet de la traversée du bassin dur par le mobile fœtal — traversée dont nous ne voulons nullement amoindrir l'importance — bien minime est la place réservée à la progression à travers le bassin mou qui semble, pendant longtemps, n'avoir pas attiré l'attention des accoucheurs et l'avoir, par la suite, bien peu retenue. Pratiquement nous devons attendre les dernières années du xix^{me} siècle pour voir prendre un réel intérêt au diaphragme pelvien, alors que les classiques de tous les temps consacrent à la filière osseuse de longs développements.

Pour eux, celle-ci présente successivement au mobile qui la parcourt un orifice d'entrée, un trajet, un orifice de sortie, et, empressons-nous d'ajouter, pour nous aussi, cette division étant d'une inattaquable exactitude.

Le détroit supérieur, ou entrée du trajet pelvien, comprend le bord supérieur de la symphyse pubienne et le promontoire réunis par l'épine du pubis, la crête pectinéale, la ligne innominée et le bord supérieur des ailerons sacrés.

Mais le détroit inférieur, se découpant dans les dentelures du bord inférieur des branches ischio-pubiennes, des ischions, du grand ligament sacro-sciatique, du sommet du coccyx, est improprement appelé orifice de sortie. Cette dénomination pleinement justifiée anatomiquement est, en effet, impropre au point de vue obstétrical. Le détroit inférieur n'intervient pas dans le mécanisme normal et doit être pris en considération seulement dans le cas d'un bassin cyphotique, alors que la présentation peut s'arrêter sur la barrière des ischions anormalement rapprochés.

L'orifice de sortie obstétrical du bassin dur est le lieu d'insertion du plancher périnéal : le détroit moyen allant de la partie postérieure du pubis jusqu'à l'articulation sacro-coccygienne, en passant par les épines sciatiques, points d'attache des petits ligaments sacro-sciatiques. C'est là, ainsi que nous aurons l'occasion d'y revenir, que le bassin mou se substitue au bassin dur pour diriger le mobile fœtal.

Quoiqu'il en soit, ayant négligé le plancher périnéal en tant que trajet à parcourir, les classiques ont, de ce fait même, laissé dans l'ombre le détroit moyen. C'est donc en se basant sur un bassin plus anatomique qu'obstétrical qu'ils ont travaillé, comme il va être précisé dans le bref aperçu historique qui va suivre,

à l'établissement et à l'explication du mécanisme de l'expulsion fœtale.

Pour ne point surcharger inutilement cet exposé, il se bornera à décrire la conception de ce mécanisme dans le cas de l'extrémité céphalique fléchie se présentant en premier. Nous y esquisserons cependant, brièvement, les notions peu à peu acquises sur la question des présentations en général et des variétés de ces présentations. Bien que ne faisant point partie de la mécanique proprement dite, elles sont à sa frontière et lui imposent des variations de détail dont quelques-unes seront envisagées.

I. — MAURICEAU ou LA TRAVERSÉE OSSEUSE.

Dans son *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* », paru en 1740, François MAURICEAU, Maître ès-arts, ancien Prévôt des maîtres chirurgiens jurés de la ville de Paris, déclare enseigner la bonne et véritable méthode pour bien aider les femmes en leurs accouchements naturels et le moyen de remédier à tous ceux qui sont contre nature et aux indispositions des enfants nouveaux-nés ». Vaste programme qui embrasse toute l'obstétrique et nous permet de faire le point des connaissances d'alors.

Faisant exception à ce qui a été dit précédemment, bassin dur et bassin mou sont ici sur le pied d'une quasi égalité, mais, malheureusement, pour se voir également négligés. Disons, en passant, que la lecture de ce livre est des plus savoureuses, chose que l'on ne peut dire de beaucoup de classiques, et qu'il foisonne de judicieuses réflexions, exprimées en un langage particulièrement vivant, qui, nous l'avouons, nous ont pour

un temps écarté du sujet plus aride du mécanisme obstétrical.

Sur ce dernier, l'auteur donne quelques notions épar-ses le long de son ouvrage et qu'il n'a point jugé nécessaire de réunir en un chapitre spécial.

Pour MAURICEAU, le fœtus, replié sur lui-même dans les premiers mois de la grossesse, se trouve face en avant, tête en haut et « penché en devant, de telle façon que son menton touche sa poitrine », c'est-à-dire en hyperflexion comme le représentent deux figures annexées au texte. Ceci jusqu'au huitième mois où l'extrémité supérieure est entraînée vers le bas, suivant la théorie d'ARISTOTE, par son propre poids, autrement dit vers « l'orifice interne de la matrice » (et non le détroit supérieur auquel l'auteur ne s'intéresse pas) : la face regarde en bas « le cul de sa mère » ; visage en dessous, dirons-nous en un langage plus châtié. La position visage en dessus se produit parfois, mais n'est pas normale. Aucune mention n'est faite de l'état de flexion de la tête à ce moment. Nous la voyons, cependant, nettement représentée en attitude intermédiaire dans une troisième figure montrant la nouvelle position du fœtus (Livre II, chapitre 5).

Par les contractions, ce dernier est alors « poussé dans le passage » jusqu'à l'extérieur sans avoir à subir aucune rotation.

Mécanisme d'une simplicité toute primitive, et au surplus inexact, puisque consistant à faire coïncider à son origine le plus grand diamètre de la tête avec la plus petite dimension du bassin, mais qui n'arrêtait pas MAURICEAU. Signalant, en effet, simplement que « les bossues ont quelquefois les os du passage mal conformés » (Livre II, chapitre 10), il considère, à cette exception près, la charpente osseuse comme formant

une cavité assez spacieuse pour ne point intervenir au cours de l'accouchement qui n'oppose le fœtus qu'aux organes génitaux maternels.

Ceci à l'inverse de beaucoup d'auteurs qui, sous l'influence de GALIEN et exagérant la laxité physiologique apparaissant dans les articulations du bassin à la fin de la grossesse, étaient tombés dans l'excès contraire :

« Plusieurs veulent que les os de la femme se séparent en ce temps du travail l'un de l'autre pour faire cette voie plus large ... D'autres prétendent que ce sont les os illes qui se dégagent avec l'os sacrum pour le même sujet — Livre II, chapitre 2 — Ambroise PARÉ dit avoir constaté ce phénomène chez une femme pendue quinze jours après ses couches et RIOLAN aurait pu faire la même remarque plus de trente fois en des femmes mortes incontinent après leur accouchement ».

Contre cela s'élève MAURICEAU qui affirme que la tête passe largement et sans mal aucun à travers le bassin. Il l'affirme, mais ne donne pas de chiffres à l'appui, ce qui serait la meilleure des démonstrations. Peut-être s'est-il trouvé gêné par sa conception même du mécanisme obstétrical qui implique qu'un diamètre occipito-frontal de 12 cm. puisse passer tout naturellement et facilement à travers un diamètre promonto-pubien minimum de 10 cm. 5.

Cette discussion lui permet, cependant, de faire une constatation pleine d'intérêt :

« Mais là ai-je seulement senti le coccyx, ou croupion, qui est joint par une articulation un peu laxé avec l'extrémité inférieure de l'os sacrum, se recourber en dehors pendant ce temps, auquel lieu les femmes ressentent souvent beaucoup de douleurs parce que

la sortie de l'enfant y fait grandes violences » (Livre II, chapitre 2).

Voilà une description assez exacte de ce que nous considérerons tout à l'heure comme le premier temps du dégagement.

Quoiqu'il en soit, MAURICEAU, s'il possède une conception erronée de la mécanique obstétricale, ne paraît pas avoir particulièrement cherché à préciser cette question à laquelle il ne semble pas attacher une importance primordiale.

II. — SMELLIE ou *L'ORIENTATION FÉTALE*.

Cependant, vers la même époque, en 1750, un auteur anglais, SMELLIE, rompant avec les idées du ^{xviii}^e siècle, expose une opinion plus défendable et moins primitive. S'étant rendu compte du rôle joué par l'anneau osseux du détroit supérieur, il pense à l'obligation d'une orientation. Les positions face en dessous et face en dessus ne sont pas toujours des positions initiales comme on l'avait jusqu'à lui considéré. La tête peut s'engager suivant les axes obliques du bassin, l'occiput placé soit en avant, soit en arrière. Dans le premier cas, c'est-à-dire si l'occiput est plus rapproché du pubis que de l'articulation sacro-iliaque, la tête apparaît à la vulve avec l'occiput sous la symphyse; elle sort, dans le cas contraire, avec la face tournée du côté du pubis. Il n'envisage donc pas encore la possibilité d'une transformation spontanée des postérieures en antérieures. Cependant, il conseille d'essayer de faire cette rotation au moyen du forceps et il indique le sens dans lequel elle doit s'exécuter, c'est-à-dire de gauche à droite pour les droites et de droite à gauche pour les gauches.

Nous voyons déjà là un immense progrès, un point de départ pour les recherches ultérieures et l'indication de la direction dans laquelle celles-ci allaient être dirigées.

III. — SOLAYRÉS DE RENHAC ou *LES PRÉSENTATIONS*.

C'est, en effet, vers 1770 que le Montpelliérain SOLAYRÉS de RENHAC introduisit dans la classification une notion importante, celle de position qu'il surajoute à celle de présentation seule connue jusqu'à lui. Mais; ainsi que cela arrive le plus souvent au début d'une découverte quelconque, il tombe dans une regrettable exagération.

C'est ainsi que BAUDELLOCQUE, reproduisant les idées de son maître, prétend que toutes les parties du fœtus peuvent être perçues à l'orifice utérin et admet 24 types de présentations. Toujours fidèle au même principe et pensant que chaque présentation peut être en rapport avec tous les points du contour du détroit supérieur, il décrit 74 positions. Voilà bien du chemin parcouru depuis MAURICEAU au point de vue scientifique, mais voilà, en contre-partie, une énorme complication peu faite pour clarifier la question.

Quelle que soit la position considérée, la tête, pour nous restreindre toujours à la présentation du vertex, est située au-dessus du détroit supérieur en attitude indifférente. Un manque de flexion, seul, l'empêche de s'engager. Les premières contractions rapprochent le menton du sternum, la tête franchit le détroit supérieur, la suture sagittale se maintenant à égale distance du pubis et du sacrum : synclitiquement, par conséquent.

Au cours de la descente, sauf bien entendu pour la troisième position (occiput en avant) et pour la sixième (occiput en arrière), se produit la rotation qui amène la partie postérieure du crâne sous la symphyse dans le cas de position antérieure, dans la concavité du sacrum pour les positions postérieures.

Il ne peut en être autrement pour SOLAYRÉS, puisque ce déplacement circulaire est pour lui dirigé par deux plans inclinés situés dans l'excavation pelvienne, l'un antérieur, l'autre postérieur, séparés par une ligne verticale passant par l'épine sciatique. Suivant que, dans une orientation oblique, l'occiput se place devant ou derrière cette ligne de partage, il tourne définitivement en avant ou en arrière.

Il entrevoit, cependant, qu'une droite postérieure, par exemple, puisse sortir en occipito-pubienne, mais il lui fait pour cela décrire cinq huitièmes de cercle, la tête tournant de droite à gauche et non de gauche à droite.

IV. — BAUDELLOCQUE ou LA ROTATION.

Fidèle à son maître, BAUDELLOCQUE maintient qu'il est exceptionnel de voir une occipito-postérieure se dégager en occipito-pubienne. Mais si cela se produit, la tête se place successivement en transverse droite et oblique antérieure droite ne décrivant donc seulement que trois huitièmes de cercle, ce qui est l'exactitude même.

Remarquons toutefois qu'il continue à donner à la troisième position (occiput en devant) une place primordiale, ce dont s'étonne Madame LACHAPELLE qui pense que cette notion a été conservée par lui « sans doute par respect pour SOLAYRÉS ».

V. — MADAME LACHAPELLE ou LE DÉGAGEMENT.

L'ouvrage de cette célèbre sage-femme en chef de la Maternité de Paris, paru en 1821 et intitulé *Pratique des accouchements*, marque et manifeste le plus grand respect pour les deux précédents classiques et leurs théories, mais leur reproche leur complexité qui les rend difficiles à assimiler pour des élèves ou des débutants.

Se basant sur une expérience de 40.000 accouchements, elle affirme n'avoir jamais rencontré à l'orifice utérin certaines des parties décrites par BAUDELOCQUE et réduit les présentations du fœtus à sept genres (vertex, fesses, pieds, genoux, face, épaule droite, épaule gauche) et 24 espèces. L'édifice est, certes, encore bien complexe, mais son architecture est cependant déjà bien allégée.

La tête franchit synclitiquement le détroit supérieur. Madame LACHAPELLE admet cependant avoir rencontré la bosse pariétale d'un côté au centre du détroit supérieur : « Ces positions là sont plus rares qu'aucune des positions franches du bassin ; mais elles ne sont pas néanmoins excessivement rares ». Dans tous ces cas, elle trouve la bosse pariétale et non l'oreille au centre du détroit supérieur et le plus souvent la suture sagittale très rapprochée de l'angle sacro-vertébral : asynclitisme avec présentation du pariétal antérieur, par conséquent. Cet auteur, de grand bon sens, riche d'une grande expérience, se garde bien, comme nous pourrions continuer à le constater, de jugements extrêmes et tranchants.

Pour elle, en effet, la flexion de la tête ne se réalise pas forcément avant l'engagement et la rotation se pro-

duit plus ou moins haut dans le bassin et non forcément dans la traversée de l'excavation : parfois la tête, très descendue « n'est plus soutenue que par le périnée et la vulve et pourtant la suture sagittale est encore diagonale; tout à coup elle roule sur son axe, l'occiput fait saillie hors de la vulve et le reste sort un instant après ». Remarque intéressante puisque, pour la première fois, elle tend à faire jouer un rôle au plancher pelvien, rôle encore simplement entrevu dans la rotation de la tête.

Ce sont ces notions que nous retrouvons dans son observation N° 1, « Première position du vertex, occiput à gauche et en avant », dont nous donnons un résumé :

11 heures : tête du fœtus engagée au détroit supérieur : la tête n'a pas encore exécuté sa flexion, les deux fontanelles sont très bien perçues au même niveau par rapport au détroit;

12 heures 30 : la flexion est opérée;

3 heures : le crâne est dans la concavité du sacrum, le périnée commence à faire une légère saillie;

5 heures : le périnée proémine davantage et la rotation commence;

6 heures moins 1/4 : rotation complète.

Pour le dernier temps de l'accouchement, le rôle primordial est toujours attribué au détroit inférieur et surtout aux ischions. Nous lisons dans sa description de la sortie de la tête fœtale :

« ... la tête ne rétrograde plus, car on sait qu'elle ne rétrograde ainsi, sous l'influence de l'élasticité des parties extérieures, qu'autant qu'elle n'a pas franchi le détroit inférieur du bassin ou, pour parler avec plus de précision, les tubérosités sciatiques ».

La suite de l'observation précédente exprime la même idée et nous donne une description minutieuse des phé-

nomènes que nous pourrions appeler extérieurs du dégagement :

6 heures moins 1/4 ... « Le périnée très distendu est très saillant, il représente une grosse tumeur ronde à la partie antérieure de laquelle est une ouverture ovale... Cette ouverture a environ deux pouces et demi de grand diamètre, ses bords sont tenus à distance par l'extrémité occipito-pariétale et par la région de la fontanelle postérieure : c'est la vulve. En arrière, on trouve un anneau circulaire de neuf lignes de diamètre : cet anneau, c'est l'anüs... ».

« A chaque douleur la vulve s'accroît et la tête s'avance davantage, à chaque repos elle se rétrécit; le périnée diminue sa saillie et la tête remonte ». Puis « douleurs plus fortes, le périnée bombe plus que jamais, le crâne a franchi les tubérosités sciatiques; la tête ne rentre plus ».

8 heures : « la tête sort, l'occiput se relève vers le mont de Vénus et le crâne, suivi du front et de la face, se dégage au devant du périnée par un mouvement d'extension ou de renversement en arrière. Aussitôt la face se tourne vers la partie postérieure de la cuisse droite par la détorsion du col : c'est le mouvement de restitution ».

C'est, à quelques détails près, la même description que nous avons déjà rencontrée chez les auteurs précédents, que nous rencontrerons chez les suivants.

Chose étonnante chez un observateur de la qualité de Madame LACHAPELLE, on trouve maintenu par elle que les occipitales postérieures droite ou gauche tournent normalement en occipito-sacrées, mais sont quelquefois susceptibles de permutation spontanée (en occipito-pubiennes par un mouvement de rotation extraordinaire)...

Dans son observation N° 7, « Troisième position occiput à droite et en arrière; terminaison spontanée, mécanisme ordinaire », elle relate : les douleurs produisirent un léger mouvement de rotation qui dirigeait la fontanelle antérieure en avant et portait le front derrière le pubis ».

L'observation N° 8 porte au contraire pour titre :

« Troisième position terminaison spontanée insolite, réduction à la deuxième ».

Citons encore l'observation N° 10 : « Quatrième position occiput à gauche et en arrière, terminaison spontanée ordinaire » : « Il eut lieu (l'accouchement) par le mécanisme ordinaire, c'est-à-dire que le front se porta derrière la symphyse pubienne ».

VI. — MADAME BOIVIN ou *LES OCCIPITO-SACRÉES*.

C'est la même erreur que nous trouvons exposée par une élève de Madame LACHAPPELLE, Madame BOIVIN, dans son « *Mémorial de l'art des accouchements* » paru en 1812, c'est-à-dire dix ans avant l'ouvrage de son maître auquel elle le dédie.

Si nous citons cette « maîtresse sage-femme », c'est simplement parce que nous y trouvons relatée une manœuvre qui serait parfois capable, dit-elle, de ramener l'occiput vers la symphyse :

« On ne peut espérer de ramener l'occiput vers la cavité cotyloïde droite qu'en changeant la direction de l'axe de l'utérus, en repoussant son fond vers le centre du bassin. Il est possible que ce changement de situation que l'on fait éprouver au tronc influe sur la situation de la tête et fasse avancer l'occiput en avant ».

Et elle ajoute « mais lorsque ce moyen n'a pas réussi pour ramener en devant l'occiput, le front remonte de plus en plus derrière la symphyse du pubis, tandis que l'occiput s'avance vers le périnée : enfin le tubercule occipital se dégage le premier, il continue de s'avancer jusqu'à la nuque qui reste appuyée sur le bord postérieur de la vulve, autour duquel l'occiput se contourne de la même manière que lorsqu'il se dégage de derrière

la symphyse du pubis, ce qui est une fort judicieuse relation du dégagement en occipito-sacrée.

Pour les positions transversales « il est rare et fâcheux qu'elles roulent le front en avant », dit Madame LACHAPELLE. Ce qu'elle confirme dans ses observations 12 et 13 deux exemples de positions transversales : terminaison spontanée. Après avoir constaté que l'occiput vient saillir à l'arcade pubienne, elle ajoute de semblables terminaisons ne sont pas rares dans les positions transversales : on peut même théoriquement assigner cette marche à leur mécanisme ».

Nous avouons ne pas comprendre très bien le pourquoi de ce « théoriquement ».

VII. — NÆGELÉ ou LA ROTATION DES OCCIPITO-POSTÉRIEURES.

Quoiqu'il en soit, la persistance de ces erreurs de mécanisme au sujet des obliques postérieures montre qu'à cette époque, en France, on n'avait pas encore pris connaissance du mémoire publié par NÆGELÉ, en 1819 ou, tout au moins, que les idées qui y sont contenues n'avaient pas eu encore la faveur de nos obstétriciens.

Ce grand maître de l'obstétrique allemande, professeur à la vieille et célèbre Université d'Heidelberg, le premier étudia le bassin d'une façon scientifique.

Dans un effort excessif de simplification, il n'admet que deux positions du sommet : occiput à gauche et en avant, occiput à droite et en arrière; il marque ainsi l'absolue prépondérance des engagements suivant le diamètre oblique gauche. La progression de la tête se fait asynclitiquement avec présentation du pariétal

antérieur; asynclitisme très prononcé puisque l'oreille serait perçue derrière le pubis. Théorie qui, sous son influence, devait avoir force de loi pendant très-long-temps, non seulement en Allemagne, mais dans tous les pays.

A côté de ces notions que nous considérons comme des exagérations, sinon comme des erreurs, NÆGELÉ se basant sur une patiente observation énonce, pour la première fois, que la rotation de l'occiput vers la symphyse pubienne est la règle tant pour les obliques antérieures que pour les obliques postérieures. Ce n'est que par anomalie que le mouvement circulaire de la tête peut, parfois, amener l'occiput dans la concavité sacrée.

VIII. — DUGÉS ou FLEXION ET DÉFLEXION.

A cette vérité certains restent chez nous longtemps réfractaires. C'est ainsi qu'en 1840 DUGÉS, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, dans son « *Manuel d'obstétrique ou Traité de la science et de l'art des accouchements* » reste fidèle à Madame LACHAPPELLE, sa tante.

Son chapitre consacré aux occipito-postérieures droite et gauche décrit, dans un premier temps, la flexion de la tête, puis, dans un deuxième temps, se produit une rotation d'un demi-quart de cercle mais difficile parce que le front est trop élevé relativement à l'occiput pour suivre l'un des plans inclinés antérieurs de l'excavation; c'est derrière la symphyse des pubis qu'il se porte et non dans l'arcade en glissant de gauche (3^{me} position) ou de droite (1^{me} position) en avant tandis que l'occiput marche vers la concavité du sacrum ».

Le troisième temps constitue la sortie de la tête :

Si la tête est petite, son occipito-frontal peut traverser le pubio-périnéal de l'espace vulvaire; le front et l'occiput sortent à la fois. Dans le cas contraire cette sortie simultanée ne saurait se faire sans dilacération .

Disons, de suite, que nous sommes entièrement d'accord avec l'auteur au sujet de la dilacération que risque d'entraîner son mécanisme, si nous le sommes moins au sujet de la fréquence de ce mécanisme lui-même. Il admet, d'ailleurs, que ce n'est pas là le plus fréquent mode de sortie :

« Le plus souvent, au moyen d'une flexion outrée, le front se relève et la région bregmatique s'approche de la symphyse pubienne, l'occiput s'abaisse davantage, la nuque s'applique sur l'espace coccy-périnéal en sorte que la tête franchit la vulve offrant presque son diamètre sous-occipito-bregmatique. ».

Un mouvement d'extension en arc de cercle dégage ensuite le front et la face dans l'arcade pubienne: La nuque appuyée sur la fourchette sert de centre à ce mouvement.

Comme pour Madame LACHAPELLE, les transversales se transforment presque toujours en occipito-antérieures : « Il arrive même parfois que les occipito-postérieures subissent le même sort . Ceci nous donne à penser que, peut-être, ces auteurs, qui, par ailleurs, ont donné tant de preuves de leurs qualités d'observateurs, devaient classer parmi les transversales franches le plus grand nombre des positions que nous considérons à l'heure actuelle comme des occipito-postérieures droites ou gauches.

IX. — DUBOIS ou LE PLANCHER DU BASSIN.

Cependant, nous ne retrouvons pas les erreurs maintenues par DUGÉS chez l'un de ses contemporains, P. DUBOIS, professeur à la Faculté de Paris, qui manifestait pour NÆGELÉ une telle estime que, « bien que si peu voyageur du reste (STOLZ) », il fit le « pèlerinage d'Heidelberg pour rencontrer le maître allemand. Nous citons ses travaux d'après le « *Traité pratique de l'art de l'accouchement* » écrit par CHAILLY, l'un de ses élèves et chef de clinique, en 1842.

Dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine, en 1833, il démontrait que, contrairement à la théorie d'ARISTOTE, ce n'est pas la pesanteur qui est la cause de la fréquence des présentations de la tête : un fœtus abandonné dans un vaste récipient plein de liquide, touche le fond par son dos et se met en position transversale. Il revient à une théorie déjà admise par Ambroise PARÉ : le fœtus se place tête première par une sorte de « détermination instinctive ».

Cinq positions franches existent pour lui (face, sommet, pelvis, épaule droite, épaule gauche), comme pour DUGÉS, mais subdivisées en bien des variétés qui n'existent pas chez le maître montpelliérain, plus simple dans sa conception de cette question.

Au point de vue terminologie pure, DUBOIS, d'accord avec NÆGELÉ, se fondant sur ce que l'accouchement s'effectue d'après les mêmes lois dans la plupart des cas, quelle que soit la présentation, divise le bassin en deux moitiés latérales et n'admet, pour chaque présentation, que deux positions : une gauche et une droite. Mais, comme la partie qui sert de point de repère, l'occiput, par exemple, pour le sommet, peut être en

rapport avec tous les points de ces deux moitiés, il ajoute à cette dénomination de position occipito-iliaque gauche ou droite les termes antérieur, transverse ou postérieur. Ce n'est pas là, certes, une découverte, mais une mise au point nécessaire, une simplification qui permet d'alléger et donc de clarifier les exposés.

Initialement la tête est demie-fléchie, la bosse pariétale antérieure est plus accessible au doigt de l'accoucheur que la postérieure. La flexion utile et souvent non indispensable premier temps fait engager la tête par son sous-occipito-bregmatique deuxième temps, tandis que les bosses pariétales se remettent sur le même plan : le redressement est complet lorsque la descente est elle-même complète. Asynclitisme semblable à celui de NAEGELÉ, par conséquent, mais modifié et beaucoup moins outré, car il n'est plus question d'oreille perçue derrière la symphyse.

Le troisième temps est celui de la rotation. Celle-ci, plus grande pour les postérieures que pour les antérieures, se produit souvent avec une certaine difficulté pour les premières à cause d'un manque de flexion et, parfois même, d'un certain degré de déflexion.

Les plans de l'excavation, dont on s'est jusqu'à lui beaucoup occupé, n'ont rien à voir avec la rotation qui s'exécute « au-dessous de leur sphère d'action, lorsque le périnée commence à se distendre et souvent aussi en sens inverse de la direction que ces plans devraient lui imprimer ». La résistance des parties molles est la seule cause de cette rotation.

En effet, dit-il, le détroit inférieur est très modifié dans sa forme par le plancher du bassin dont l'importance est grande : « C'est presque toujours sur lui que s'exécutent les divers mouvements du produit ».

C'est à DUBOIS que nous devons une expérience restée

célèbre. Chez une femme morte, après ouverture de l'abdomen et éviscération, le fœtus placé en occipitale droite postérieure est poussé vers l'orifice de sortie du bassin : il apparaît toujours à l'extérieur en occipitopubienne. DUBOIS en conclut : « Tout concourt à prouver que c'est le rapport exact des parties qui s'engagent avec celles qui sont traversées qui détermine ce mouvement de la tête et des épaules » ; premier aperçu de l'accommodation.

Cette expérience, dit VARNIER, qu'il n'a pas su rendre féconde aurait dû le conduire à la découverte du détroit inférieur musculaire.

L'extension se produit en un quatrième temps, « la force expultrice ne s'exerçant plus que sur le menton, parce que la partie postérieure du col vient s'appliquer derrière la symphyse du pubis et détruit par sa résistance la somme des forces de contraction qui s'exerçait sur l'occiput ». Ceci résume pour lui le dégagement de l'extrémité céphalique.

Celui des épaules se fait suivant un mode toujours admis par la plupart des obstétriciens : le moignon de l'épaule antérieure se place sous le pubis où il s'immobilise ; l'épaule postérieure tournant autour de ce point fixe vient se libérer à la commissure postérieure de la vulve.

X. — PAJOT ou LA LOI D'ACCOMMODATION.

Ce mode fut cependant discuté par CAZEAUX qui « s'est trompé lorsqu'il a soutenu contre DUBOIS que l'épaule postérieure se dégageait la première ... Il pense que cela peut être vrai chez les primipares, mais non chez les femmes ayant eu des enfants et le périnée déchiré. Sans doute, et c'est là une preuve de plus que

le dégagement en premier de l'épaule antérieure est le mécanisme régulier : ainsi s'exprime PAJOT dans ses « *Travaux d'obstétrique et de gynécologie* ».

Ce recueil datant de 1882, résumé des enseignements de ce maître depuis 1842, contient la fameuse loi de l'accommodation pressentie par certains auteurs antérieurs mais non exprimée et qui, depuis lors, domine toute la mécanique obstétricale :

« Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant ».

Ce principe, déjà enseigné depuis de nombreuses années dans les cours de son inventeur, a été publié pour la première fois dans la thèse de l'un de ses élèves, le Docteur COZZONI (1857), puis dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1864).

Il est suivi du commentaire suivant de PAJOT et cela à juste titre : « Cette loi est féconde en résultats dans tout ce qui touche aux phénomènes purement mécaniques de la vie en général et des accouchements en particulier. Sont régis par elle les présentations et les positions dans les bassins normaux ou viciés et une multitude de mouvements dans les opérations obstétricales ».

XI. — TARNIER ou LE RÔLE DU PÉRINÉE.

Nous ne nous étonnons donc pas de la trouver à la base des différents phénomènes de l'accouchement dans le « *Traité de l'art des accouchements* » que TARNIER publia en 1882.

C'est, en effet, pour le célèbre obstétricien, en se soumettant à elle que le fœtus se présente tête première dans la grande majorité des cas : ovoïde à grosse extrémité pelvienne, il fait coïncider autant que possible sa portion la plus volumineuse avec la partie la plus spacieuse de l'utérus.

Cinq présentations existent toujours pour TARNIER et pas mal de variétés pour chacune d'elles. Les points de repère fœtaux sont, pour l'établissement des positions, fixés d'une façon que l'on peut dire définitive : l'occiput pour le sommet, le menton pour la face, le sacrum pour le siège, l'acromion pour les épaules avec le dos soit en avant, soit en arrière. Il maintient que ces parties peuvent être antérieures, transverses ou postérieures.

Dans la présentation du sommet, l'accommodation explique, tout comme pour PAJOT, que la flexion est d'autant plus tardive que la tête est plus petite. Dans certains cas, l'expulsion peut même se faire sans flexion aucune. En fait, ce n'est que sur le plancher périnéal que ce mouvement arrive à être complet.

Initialement, la tête est transversale d'où la nécessité, pour s'engager, de subir une légère rotation qui place son grand diamètre suivant le diamètre oblique du bassin. Le vertex descend le premier en se maintenant à égale distance du pubis et du sacrum : les deux bosses pariétales restent dans le même plan. C'est donc au synclitisme que revient TARNIER.

C'est pour que l'enfant se présente de la façon qui facilite le mieux son passage que se produit la rotation interne de la tête. Celle-ci place, autant que faire se peut, ses grands diamètres en rapport avec ceux du canal pelvi-génital. Or, les grands diamètres de ce dernier cessent à un moment donné d'être dans le

même sens. Nécessité, par conséquent, d'un mouvement de rotation dont le mécanisme intime serait le suivant : la tête descendue sur le plancher du bassin, les contractions tendent à la pousser en avant. C'est donc contre la paroi antérieure du canal qu'est poussé le côté situé en avant et dont la bosse pariétale correspond à l'intervalle des deux branches ischio-pubiennes. Cette bosse pariétale divise le côté antérieur en deux parties inégales : l'une grande et frontale, l'autre plus petite et occipitale. Au cours de la poussée contre la paroi antérieure la résistance se fait surtout sentir au niveau de la partie la plus étendue : ce sera donc l'autre, c'est-à-dire l'occiput, qui tendra à se placer sous le pubis.

Au cours du dégagement, c'est un rôle actif qui est attribué au périnée. Celui-ci se transforme en une gouttière guidant l'occiput vers l'orifice vulvaire. Après des alternatives d'entrée et de sortie, la tête se fixe, puis se dégage : l'explication nous en est donnée de la façon suivante :

Le tronc s'engage dans l'excavation pendant que la tête distend et repousse le périnée, le menton reste appliqué sur la poitrine jusqu'à ce que le bregma apparaisse à la commissure postérieure de la vulve. A ce moment, le périnée, agissant comme une sangle élastique, repousse d'une part la tête en haut du côté du pubis, tandis que, d'autre part, il glisse rapidement sur la face qu'il laisse à découvert en se rétractant vers la région coccygienne ».

Le dégagement de l'occiput et du vertex ne commence qu'autant que la tête est refoulée par le tronc : mais, à ce moment, le périnée, qui jusque là était passivement distendu, reprend son activité, se rétracte, comme nous l'avons dit, en glissant sur la face, im-

prime à toute la tête un mouvement d'extension qui a pour centre l'arcade du pubis. Aussi, c'est dans cette deuxième période du dégagement du sommet que le mouvement d'extension est évident.

« Si le périnée manquait en totalité, la tête se dégagerait au sortir du détroit inférieur, sans exécuter son mouvement d'extension ».

Voici donc transférée au plancher pelvien une partie de l'importance attribuée au détroit inférieur osseux.

Le mouvement de « restitution » retient ensuite l'attention de l'auteur. Ce terme, tel que le concevait BAUDELOCQUE, est trouvé, par lui, abusif. Ce dernier, en effet, avait imposé ce nom au cinquième temps de l'accouchement supposant que jamais le tronc ne suivait le mouvement de la tête dans la rotation du troisième temps. Il y avait donc une véritable torsion du cou fœtal qui se détordait, se « restituait » dès libération de la tête.

C'est GERDY qui, le premier, expliqua que ce temps est sous l'influence de la rotation interne des épaules, notion reprise par PAJOT et TARNIER.

Ce dernier distingue, en fait, deux mouvements : « En effet, au moment où la tête vient de se dégager, on la voit souvent exécuter un léger mouvement de rotation. Ce premier mouvement est véritablement dû à la torsion que nous venons de signaler ». A lui peut donc se conserver le nom de mouvement de restitution. Et il ajoute : « Mais il y a loin de cette petite rotation au grand mouvement de restitution produit par la rotation des épaules pendant lequel l'occiput parcourt un quart de cercle » et qui « n'a lieu que lorsque se produit une nouvelle contraction utérine ».

PAJOT était plus excessif et n'admettait la possibilité du premier et minime mouvement décrit par TARNIER

que « dans certains cas peu communs où le tronc ne suit pas le mouvement imprimé à la tête », car « dans la rotation régulière et complète le tronc du fœtus participé en entier au mouvement de pivot et conserve ses rapports normaux avec la tête ».

XII. — VARNIER ou LE DÉTROIT MOYEN.

C'est en 1900 que paraît le « *Précis d'obstétrique journalière* » de VARNIER dans lequel l'auteur n'admet plus que trois présentations franches et définitives : extrémité céphalique, extrémité pelvienne, parfois épaule. Les autres sont « fortuites ou accidentelles ».

Les positions sont établies suivant que le dos est antérieur ou postérieur. Nous lisons avec quelque étonnement que, dans le cas de présentation du tronc, le dos est toujours en avant si la tête peut être à droite ou à gauche.

Dans la présentation du sommet, la tête serait déjà fléchie dès le cinquième mois, présentant son diamètre sous-occipito-bregmatique. Ce n'est donc pas un manque de flexion qui l'empêche de s'engager, mais bien sa position transversale au-dessus du détroit supérieur.

Dès le début du travail, elle accomplit sa « rotation de descente », c'est-à-dire un mouvement circulaire tendant à présenter son diamètre maximum au diamètre maximum oblique du bassin. Elle se place donc dans l'une des variétés suivantes : OIGA, OIDP, OIDA, OIGP.

Jamais ne se produit d'engagement en transverse : ce n'est qu'une position de transition pour les obliques postérieures en train de tourner en antérieures.

La tête franchit le détroit supérieur par un asyn-

clitisme inverse de celui de NÆGELÉ : le pariétal postérieur est descendu largement dans le bassin, alors que le pariétal antérieur est attardé. C'est là une théorie que VARNIER défend avec fougue.

Cette impétuosité, nous la retrouvons plus justement employée à propos de la rotation où il proteste avec force contre l'affirmation, avant lui classique, qui voulait que la tête tourne pour accommoder sa forme à celle du détroit inférieur osseux. Il démontre, en effet, qu'elle peut passer à travers ce passage osseux sans avoir nullement besoin de rendre antéro-postérieur son grand diamètre.

De fait, au repos, enseignait PAJOT, les diamètres du détroit inférieur sont de 11 partout : bi-ischiatique, oblique, coccy-pubien. Dynamiquement ce dernier, par rétropulsion du coccyx, devient de 13,5. Or nous savons que le sous-occipito-frontal est inférieur à 11 cm. chez les enfants moyens. Pourquoi donc le coccyx se rétropulse-t-il ? Pourquoi donc la tête tourne-t-elle ?

A la première question, VARNIER répond qu'il y a erreur de mesure et que le coccy-pubien statique n'est que de 8,5 en moyenne, d'où nécessité d'allongement si l'on veut y faire passer la tête dans le sens antéro-postérieur.

Quant au deuxième point d'interrogation, il persiste entier avec l'ancienne théorie : pourquoi la tête irait-elle se livrer à un travail de rétropulsion, si minime soit-il, afin de passer par le plus petit diamètre, alors que tous les autres lui laissent une place largement suffisante ?

Et VARNIER de chercher, par conséquent, ailleurs la cause de la rotation.

Il fait en 1886, avec FARABEUF, l'expérience suivante : une femme est éviscérée ; un estomac plein de

liquide et ligaturé à ses deux extrémités est poussé à travers le pelvis. La partie herniée à l'orifice externe forme toujours une saillie à petit diamètre transversal et à grand diamètre antéro-postérieur prédominant. Au cours du passage le coccyx se rétropulse :

Il existe donc, au niveau du plancher pelvien, une sorte de boutonnière à grand diamètre antéro-postérieur, dilatable, mais dilatable en conservant toujours la prédominance antéro-postérieure... Cette boutonnière est le détroit inférieur cherché ».

VARNIER et FARABEUF donnent une systématisation déjà excellente de cette boutonnière « formée par les fibres pubo-coccygiennes du releveur, fibres convergeant vers le coccyx et limitant la fente antéro-postérieure que présente le plancher périnéal, fente où passent l'urèthre, le vagin, le rectum et que doit nécessairement forcer et traverser le fœtus avant d'aborder la vulve ».

Nous nous rappelons que VARNIER reprochait à DUBOIS de n'avoir pas su tirer de sa célèbre expérience tout le parti possible. Ne pourrions-nous, à notre tour, lui faire la même remarque ? Après avoir dépossédé le détroit inférieur de son importance au profit des parties molles que le fœtus doit traverser, il laisse entièrement de côté le mécanisme intime de cette traversée là décrivant, comme tous ses prédécesseurs, dans son chapitre consacré à l'expulsion, et seulement d'après les changements de forme extérieure du périnée.

XIII. — VALLOIS ou *LE FRONT*.

Nous ne saurions mieux terminer la pose de ces quelques jalons historiques que par la lecture d'un

Maître montpelliérain, le Professeur VALLOIS, auteur de « *L'accouchement normal* » paru en 1902.

Il individualise à juste titre une nouvelle présentation : celle du front. Celle-ci n'était pour la plupart qu'une variété de présentation du sommet, pour d'autres, comme CHAILLY, une variété se rencontrant soit dans la présentation du sommet, soit dans celle de la face.

VALLOIS en fait une présentation franche en se basant sur des arguments probants :

1° Elle constitue une région assez volumineuse pour remplir, une fois engagée, à peu près complètement l'excavation;

» 2° Parce qu'elle évolue suivant un mécanisme spécial;

» 3° Parce qu'une fois descendue dans l'excavation elle ne se convertit ni en présentation du sommet, ni en présentation de la face ».

Voici donc réglée la question des présentations telle qu'elle est encore aujourd'hui conservée : sommet, face, front, siège, épaules. Nous n'y reviendrons plus.

Comme pour TARNIER, la flexion de la tête a lieu « dès que celle-ci cesse d'être au large », c'est-à-dire plus ou moins haut. L'engagement, ou descente de la présentation du détroit supérieur jusqu'au plancher périnéal, se fait suivant une ligne droite et synclitiquement dans le cas d'un bassin normal.

Il explique la rotation de la tête tout comme TARNIER, mais il ajoute que « si cette rotation ne se produit pas, la tête est arrêtée par la résistance du releveur de l'anus et de l'orifice vulvaire », donc, par les parties molles et non par le détroit inférieur osseux.

Le dégagement de la tête se trouve décrit, comme chez ses prédécesseurs, par ses phénomènes extérieurs. Peut-être pouvons-nous trouver une ébauche d'explication mécanique : Le fœtus ne peut sortir hors des voies génitales qu'en forçant la résistance du muscle releveur de l'anus, qu'en distendant le plancher périnéal, enfin qu'en dilatant l'orifice vulvaire ».

Nous voyons enfin, très nettement distingués, les deux temps de la rotation externe de la tête :

« La tête sortie, on la voit exécuter d'elle-même, sans qu'une contraction survienne, un léger mouvement de rotation tel que l'occiput se dirige vers la cuisse qui correspond au côté du bassin où primitivement il était placé : restitution qui la détord par rapport aux épaules...

» ... Puis se produit un grand mouvement de rotation de même sens que le précédent qui accompagne la mise des épaules en position antéro-postérieure ».

Quant au dégagement des épaules, nous le retrouvons fort justement tel que le concevait Dubois.

À la suite de cette étude de quelques-uns des si nombreux travaux qui se sont occupés du mécanisme en obstétrique, nous pouvons dire que les auteurs se sont mis d'accord sur le principe général de ce dernier. Des divergences de vues continuent cependant d'exister sur son détail, divergences dues pour la plupart à un trop grand absolutisme d'opinion, à la tendance trop prononcée à vouloir imposer des règles rigides à la nature qui, en tout, sait cependant si bien s'adapter à chaque cas individuel.

C'est pour cela, par exemple, qu'il est bien difficile de défendre l'intangibilité de la succession des temps que l'on a schématiquement et avec juste raison, d'ailleurs, distingués dans l'accouchement. PAJOT le disait fort bien : « Diviser le mécanisme en temps est aléatoire, la nature n'en connaît point ». A quoi cela sert-il également de prendre une position extrême sur la question du synclitisme ou de l'asynclitisme ou sur celle du moment de la flexion de la tête ? Tel qui aura soutenu la veille une opinion tranchante à ce sujet verra le lendemain les faits la démentir.

SECONDE PARTIE

EXPOSÉ DU MÉCANISME OBSTÉTRICAL

Essayons donc, sans nous perdre dans des détails sur lesquels il a été assez insisté, de traduire le plus clairement possible le mécanisme obstétrical, tel que nous le concevons à la suite de l'enseignement qui nous a été donné.

I. — ÉTAPE GRAVIDIQUE

LA TRAVERSEE DU BASSIN DUR OU ENGAGEMENT

Il existe pour nous deux étapes que l'on peut très schématiquement distinguer dans le parcours, par le fœtus, de la filière génitale maternelle. L'une s'effectue sur la fin de la grossesse, en ses dernières semaines, et se trouve habituellement terminée au moment du déclanchement du travail proprement dit, durant lequel l'autre se déroulera.

C'est dans la première étape, *étape gravidique*, pouvons-nous dire, que se produit la traversée du bassin dur réalisée, dans la majorité des cas, au cours du troisième trimestre de la gestation.

La deuxième, à laquelle la dénomination d'*étape du travail* convient parfaitement, consiste en la traversée du bassin mou. Nous nous réservons d'insister davantage sur elle, car, comme il a été remarqué au début de ce travail et confirmé par le bref historique qui précède, c'est là une partie presque entièrement exclue, et cela bien à tort, des descriptions classiques.

L'étape gravidique est pratiquement passive. Elle est indolore, se produisant sans intervention active des muscles maternels et mettant en jeu seulement la limite d'extensibilité de l'utérus ainsi que sa classique propriété de rétractilité. Par l'action de ces deux éléments, le fœtus se trouve tout naturellement poussé vers le lieu où il rencontre le moins de résistance.

Ne trouvant plus dans la cavité utérine une place suffisante il vient, en effet, appuyer sur la charnière isthmique, c'est-à-dire sur la région intermédiaire entre le corps et le col, région remarquable par sa particulière mollesse dès les premiers mois de la grossesse. Grâce à ce ramollissement, l'étiement, l'amincissement en est facile par la présentation. Le *segment inférieur* se trouve ainsi constitué à partir des trois derniers mois, mais plus ou moins tardivement suivant que la femme a subi ou non des grossesses antérieures.

A. — Engagement.

L'engagement se produit alors : la traversée du bassin dur. Les anciens accoucheurs lui avaient donné le nom de travail secret pour indiquer qu'il se passait sans phénomènes bien marquants pour la femme et son entourage.

a) TRADUCTION SUBJECTIVE :

Est-ce à dire que rien ne vient révéler ce *travail secret* ? Deux catégories de faits en sont la signature. Nous savons, en effet que, un mois et demi environ avant le terme chez les primigestes, quinze jours ou même moins chez les multigestes dont l'utérus montre une plus grande tolérance, des phénomènes subjectifs dénoncent à la mère que, comme on le dit familièrement, « l'enfant est descendu ».

Le fœtus, en effet, descendu en situation basse, libère la poitrine et donne plus d'aisance à la respiration de la femme, restituant, en particulier, le libre jeu du diaphragme. En contre partie, l'excavation pelvienne va se trouver encombrée. La capacité vésicale est diminuée par la compression qui entraîne, en même temps, une excitation réflexe de la contractilité de l'organe : une pollakiurie plus ou moins grande en résulte. La stase intestinale, si importante à combattre en fin de grossesse, apparaît ou augmente à ce moment.

b) CONSTATATIONS OBJECTIVES :

1^o D'une part la mensuration de la hauteur utérine permet de constater une descente du fond de l'organe de trois à quatre centimètres au-dessus de la symphyse par rapport au maximum atteint les jours précédents :

2^o D'autre part, la tête, par le palper abdominal, doit être cherchée bas dans l'excavation et n'est plus mobilisable.

L'engagement, ainsi conçu, obéit à la loi d'accommodation que le Professeur P. DELMAS traduit d'une façon très imagée : si l'on veut faire, dit-il, entrer un sou aplati dans la fente d'une tirelire, on se trouve

dans l'obligation de faire coïncider le grand diamètre de la pièce avec celui de la fente. De même, ajoute-t-il, une clé ne peut entrer dans le trou d'une serrure que convenablement orientée.

Nous avons, de même, dans le cas d'une présentation du sommet, une partie mobile la tête, et un élément fixe, le canal osseux. La première, par une orientation



FIG. 1. — L'engagement ou *entrée dans le bassin dur*.

et une inclinaison convenables, devra adapter ses proportions à la configuration du second.

Au début de ce travail, il a été assez insisté sur cette configuration et la conception obstétricale que l'on peut en avoir pour ne pas y revenir plus longtemps.

La tête est donc placée au-dessus du détroit supérieur. Celui-ci, aplati d'avant en arrière du fait

de la saillie du promontoire, représente assez bien la fente de tirelire de la comparaison précédente. La présentation aplatie d'une tempe à l'autre s'orientera, ainsi que le montre la figure 1, empruntée comme les suivantes au travail princeps du Professeur DELMAS (1), de façon convenable et se placera suivant le diamètre oblique ou transverse qui lui permettra de franchir au mieux cette porte d'entrée.

B. — Descente.

La tête se trouvera alors dans l'excavation, à laquelle la concavité du sacrum imprime la forme d'un barillet, dont tous les diamètres horizontaux ont sensiblement la même longueur. Logiquement elle n'aura donc pas à y subir des changements d'attitude qui seraient sans objet et ne faciliteraient en rien sa progression. Pour atteindre ce but elle se fléchira au contraire le plus possible donnant à son plus grand diamètre le maximum de réduction (figure 2).

Elle se déplacera ainsi dans les meilleures conditions suivant un axe qu'il est classique de dénommer ombilico-coccygien; il est plus correct de dire suivant une droite passant par le centre du détroit supérieur et l'articulation sacro-coccygienne, car, nous le savons, l'ombilic est un repère bien infidèle (2) subissant dans sa hauteur par rapport à la symphyse de larges variations individuelles.

C'est cette traversée du barillet pelvien que les classiques dénomment couramment engagement. Il

(1) Revue française de Gynécologie et d'obstétrique. — Mai 1942.

(2) P. DELMAS: L'ombilic repère anatomo-clinique, Association des Anatomistes, dixième réunion, Marseille.

serait plus logique de l'appeler descente, ce terme traduisant très exactement le phénomène qui se passe à cette période.

SYNCLITISME ET ASYNCLITISME.

Que doit-on penser au sujet du synclitisme et de l'asynclitisme ? Il ne faut pas ici faire preuve d'intran-



FIG. 2. — La descente ou traversée du bassin dur.

sigeance. Les trois modes pour lesquels tant de discussions ont eu lieu peuvent se présenter et ce n'est point, en l'occurrence, manquer de courage que de donner à la fois raison et tort à tout le monde.

D'une façon générale, pour un bassin normal, puisque dans le cas de l'aplatissement exagéré de ce dernier dans le sens antéro-postérieur l'asynclitisme est la

règle, la question est dominée par la résistance plus ou moins grande de la sangle abdominale.

Si celle-ci est d'une fermeté moyenne, la tête s'engage sans s'incliner sur l'une ou l'autre épaule : ce mode est, en fait, assez rare.

Très souvent, chez une primipare, il se produit au contraire une manœuvre en « battant de cloche ». La paroi musculaire très résistante repousse le fond de l'utérus et les pieds du fœtus vers la colonne verté-

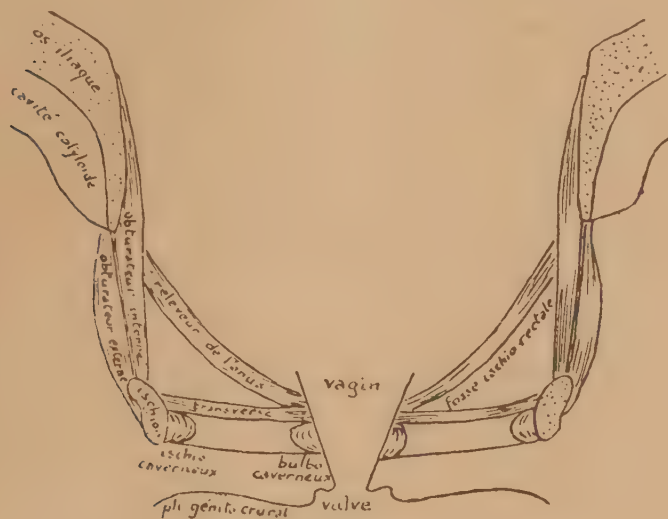


FIG. 3. — Le plancher pelvien vu en coupe frontale.

brale. En contre partie, le pôle inférieur utérin et la tête basculent vers le pubis dont se rapproche alors la suture sagittale : asynclitisme amenant la descente en premier du pariétal postérieur.

Chez une multipare à paroi flasque, relâchée par les précédentes grossesses, c'est au contraire le fond utérin qui bascule en avant. La tête et la suture sagittale se rapprochent donc du promontoire : asynclitisme antérieur, par conséquent.

Quel que soit le mode choisi, la présentation ne tarde pas à parvenir à la jonction du bassin dur et du bassin mou, c'est-à-dire au détroit moyen.

C. — Rotation.

Le plancher pelvien qui s'attache à ce dernier se présente encore à ce moment en son état statique : il représente assez exactement une gouttière médiane creusée d'avant en arrière, formée par la jonction de deux plans inclinés (figure 3).



FIG. 4. — La rotation ou *sortie du bassin dur*.

Cette jonction se fait suivant une ligne allant de l'extrémité inférieure du sacrum au sous-pubis. La gouttière est donc aplatie transversalement et allongée dans le sens antéro-postérieur : disposition absolument inverse de celle du détroit supérieur, entraînant forcément un changement d'attitude de la tête qui ne peut

continuer d'avancer en maintenant transversal son grand diamètre. Ceci aurait, en effet, pour résultat de la placer en pont au-dessus de la gouttière dont les bords constitueraient alors un obstacle empêchant toute nouvelle progression.

Pour que celle-ci se poursuive, il faut forcément qu'il y ait accommodation du mobile à la nouvelle orientation du grand diamètre de la filière : c'est ce qui se produit. Le bi-temporal tend à se mettre en direction transversale, tandis que le diamètre antéro-postérieur de la tête va se placer suivant le diamètre sous-sacro-sous-pubien de l'excavation (figure 4).

Ceci se trouve réalisé grâce à un mouvement circulaire de rotation ramenant l'occiput en avant. A ce moment l'extrémité céphalique fœtale se trouve appuyée sur le berceau pelvien.

II. — ETAPE DU TRAVAIL

LA TRAVERSEE DU BASSIN MOU OU DEGAGEMENT

A. — Le plancher pelvien.

De ce dernier nous avons déjà rencontré une systématisation chez VARNIER et FARABEUF. Nous lui préférons celle qui nous a été enseignée, beaucoup plus schématique et donc plus claire et plus simple. Bien que différant légèrement de celle des anatomistes classiques, elle a sur elle l'énorme avantage, au point de vue pratique, de correspondre exactement aux phénomènes du dégagement et d'être, par là, pour le clinicien, un fil conducteur d'une incontestable utilité.

a) DESCRIPTION CLASSIQUE :

Nous savons que, pour la plupart des auteurs, et en laissant de côté les muscles secondaires, le diaphragme pelvien se trouve constitué par un ensemble de fibres musculaires que l'on décrit sous le nom de releveur de l'anus et d'ischio-coccygien.

Empruntons-en la description au traité d'anatomie de GRÉGOIRE (1) :

« Le releveur se réunit sur la ligne médiane avec celui du côté opposé. Ils laissent entre eux une large fente antéro-postérieure coccy-pubienne : la fente uro-génito-anale :

» Chaque muscle comprend deux couches :

» La couche large, inférieure ou externe, qui s'attache au pourtour supérieur du pelvis depuis la branche horizontale du pubis et le voisinage du trou sous-pubien jusqu'à l'épine sciatique. Tous ces faisceaux aboutissent à l'anus, au raphé coccy-anal et sur le coccyx.

» Les faisceaux venus du pubis s'attachent à l'anus. Ils se fixent sur ses parties latérales, les autres contournent sa face postérieure. Ces derniers s'unissent en partie à ceux du côté opposé et forment ainsi une véritable sangle musculaire qui enlace par derrière la partie haute de l'anus.

» La couche étroite, supérieure ou interne, ourle le pourtour de la fente que laissent entre eux les deux releveurs. Ses fibres partent du pubis et des ligaments pubo-vésicaux ; de là elles se portent directement en arrière et un peu en bas, et, après avoir contourné le vagin, s'engagent entre lui et le canal anal.

» Une partie d'entre elles s'unit à celles du côté opposé et forme une sangle musculaire qui enlace par derrière les voies génitales ».

Une bien moindre importance est attribuée à l'ischio-coccygien :

(1) GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen — 1926.

de GRÉGOIRE, ligne de réunion de la grosse majorité des fibres du releveur.

La partie antérieure est, en fait, représentée par une fente antéro-postérieure livrant passage aux trois orifices anal, vaginal et urétral.

Dans son ensemble le périnée considéré extérieurement forme, pour le Professeur Paul DELMAS (1) « un dôme légèrement bombé vers le dehors et dont les flancs sont suspendus au bastingage du détroit moyen », à l'état statique.

Si l'on veut traduire par des chiffres les rapports réciproques des différentes parties résistantes qui le constituent, on distinguera : un périnée postérieur allant du coccyx à l'anus punctiforme et mesurant 4 cm.; un périnée antérieur limité par la fourchette vulvaire en avant et l'anus en arrière, de 3 cm. environ. Ceci donnant 7 cm. au périnée total.

Si, maintenant, nous considérons le périnée vu de l'intérieur, d'en haut (figure 6), après totale éviscération de la cavité pelvienne, nous apercevons, toujours avec le Professeur P. DELMAS (2), non point un plan incliné uni, mais, en usant d'une schématisation imagée, une sorte d'escalier que devra descendre la présentation après l'avoir refoulé à la manière du « marchepied des berlines d'autrefois ».

C'est par trois plans successifs que se trouve composé ce marchepied :

1/ *Amarre*. — La première marche est représentée par l'ischio-coccygien, justement comparable à un

(1) Enseignement oral de la clinique obstétricale. — année scolaire 1941-42.

(2) *Loc. citat.*

éventail par suite de sa forme triangulaire à base interne. Rattaché d'un côté au point fixe de l'épine sciatique, de l'autre au raphé osseux mobile du coccyx, il va jouer, par rapport à ce dernier, le rôle d'une « amarre » qui, au cours du dégagement, se tendra sous la poussée fœtale;

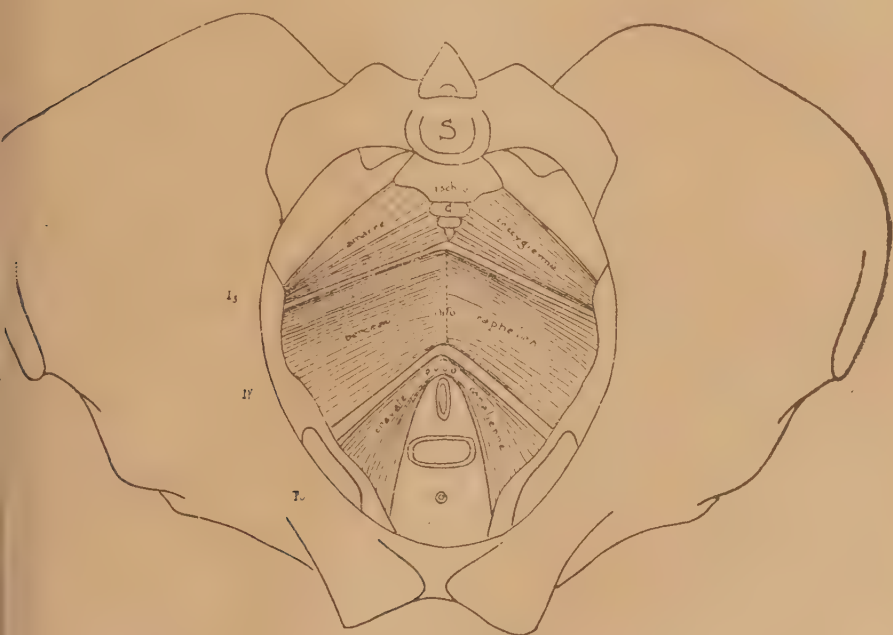


FIG. 6. — L'escalier pelvien, vu d'en haut.

2/ *Berceau*. — La deuxième marche, comprenant la plus grande partie de la couche large classique, c'est-à-dire toute celle s'insérant sur l'ilion, va se fixer sur le raphé médian membraneux. Émanée de l'os iliaque, elle représente assez bien, en gagnant ce raphé, une sorte de berceau. D'où le nom qui la caractérise bien de « berceau ilio-raphélien » ;

3/ *Cravate*. — Quant à la troisième et dernière marche, elle est constituée par la partie la plus interne de la « couche large », c'est-à-dire celle à attache pubienne et par la « couche étroite ». Tous ses faisceaux sont donc rattachés au pubis. Ce sont eux qui vont circonscrire l'orifice où passent les trois canaux de l'urèthre, du vagin et de l'anus. Cet orifice est par eux enserré à la façon d'une cravate. Le nom de « cravate pubo-canalienne » lui convient donc parfaitement. La doublant extérieurement, nous trouvons le « constrictor-cunni » ou bulbo-caverneux.

B. — Le travail.

Une telle description paraît judicieuse au point de vue obstétrical. Elle a, en effet, l'avantage de séparer nettement les trois portions du bassin mou qui seront successivement opposées à la présentation au cours du dégagement. Elle nous permettra donc de suivre exactement ce dernier et nous facilitera la compréhension du mécanisme de ce dernier temps de « l'étape du travail » proprement dit.

a) PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES :

Le début en correspond au début de ce qui est l'accouchement proprement dit : il est caractérisé, pour la femme, par l'apparition des douleurs. Celles-ci sont des sensations pénibles dues à des tiraillements, des pressions, des elongations imposées à la filière génitale par l'œuf et son contenu, sous l'impulsion de contractions musculaires actives.

Seule une partie de ces douleurs correspond à la

sortie du fœtus à travers le bassin mou : ce sont les dernières. Nous devons, cependant, semble-t-il, expliquer en deux mots celles qui les précèdent afin de mieux fixer dans l'esprit le dégagement en indiquant exactement sa position chronologique.

Le premier train douloureux vient marquer que, sous l'impulsion des contractions du corps utérin, la présentation force le canal cervical dont l'orifice interne, d'abord, puis le trajet vont se trouver peu à peu incorporés au segment inférieur. C'est ainsi que se trouve créé le canal cervico-segmentaire au rythme de ces douleurs appelées *mouches* qui se produisent de vingt en vingt minutes.

Bientôt leur cadence s'accélère et les *préparantes* leur succèdent chaque dix minutes, caractéristiques de la dilatation de l'orifice externe du col devenu *orifice utérin*. On aboutit ainsi à l'obtention de la *libre pratique*, c'est-à-dire à un passage sans res-saut de la cavité utérine à la cavité vaginale ».

Au cours de ces phénomènes les membranes de l'œuf, mises en porte-à-faux, forment la poche des eaux qui se rompt lorsque, à dilatation complète, aucune contre-pression ne vient plus s'opposer à la pression exercée sur elles par le liquide amniotique.

Tout l'ensemble précédent a été réuni par le Professeur agrégé AUVARD (1), sous le nom de « *Duel des fibres lisses* ». Juste dénomination puisqu'aucun muscle strié n'entre en jeu dans cette première demi-étape du travail simplement esquissée pour mieux situer dans le temps la deuxième demi-étape : celle du dégagement qui nous intéresse tout particulièrement.

(1) AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 1898. — P. 223.

C'est à ce moment que les douleurs se rapprochent notablement, se produisant toutes les cinq minutes et portant le nom d'« expultrices ». Ce sont elles qui signalent le début du « duel des fibres striées » (1) : les muscles de la paroi abdominale interviennent puissamment pour vaincre la résistance opposée par le

PÉRINÉES

statique, ou de la ROTATION
dynamique, ou du DÉGAGEMENT



FIG. 7. — Le pont-levis pelvien, levé et abaissé.

diaphragme pelvien qui a été décrit. Ce dernier se déployant sous la poussée de la présentation « de la même façon qu'un bas se déploie devant le pied qui l'enfile » va nous donner à considérer le périnée dyna-

(1) AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 1898. — P. 221,

mique du dégagement (figure 7). Celui-ci transforme le bassin mou en un véritable canal à courte paroi antérieure pubienne et à concavité postérieure périnéale.

L'axe de ce canal passant par le centre du détroit moyen est incliné à angle presque droit sur celui du bassin dur. Le trajet que suit le fœtus depuis le début de son déplacement a donc la forme générale, suivant la comparaison de TARNIER, d'un hameçon dont la concavité tournée en avant embrasse le pubis.

b) MÉCANISME :

En toute analogie avec les distinctions établies pour la traversée du canal osseux, la présentation, au cours du dégagement, devra franchir un orifice d'entrée, parcourir un trajet, apparaître enfin à l'extérieur à travers un orifice de sortie.

1/ *Entrée.* — C'est la première marche que nous avons distinguée dans le périnée statique qui représente ici l'orifice d'entrée du tunnel membraneux. C'est dans sa flexion maximum que la présentation aborde cet ischio-coccygien. Elle se livre à des assauts répétés contre la pédale coccygienne à laquelle son amarre musculaire interdit tout mouvement de trop grande amplitude. Le franchissement de cette porte sera donc des plus laborieux et, pour la femme, le plus souvent très douloureux. C'est la période du « cache-cache », la présentation apparaissant à la vulve à chaque contraction et disparaissant durant le relâchement musculaire. L'intéressée ne se rendant pas compte des progrès réalisés, le nom de période du « désespoir » lui a également été attribué.

Ainsi qu'on peut le voir aisément sur la figure 8, le sous-occiput de la tête fléchie est encore rétropubien, la fontanelle postérieure cachée par le périnée antérieur n'est pas visible, le vertex correspond à l'anus. Le front, lui, est toujours contenu dans le bassin dur, c'est-à-dire appuie sur la portion antérieure de la

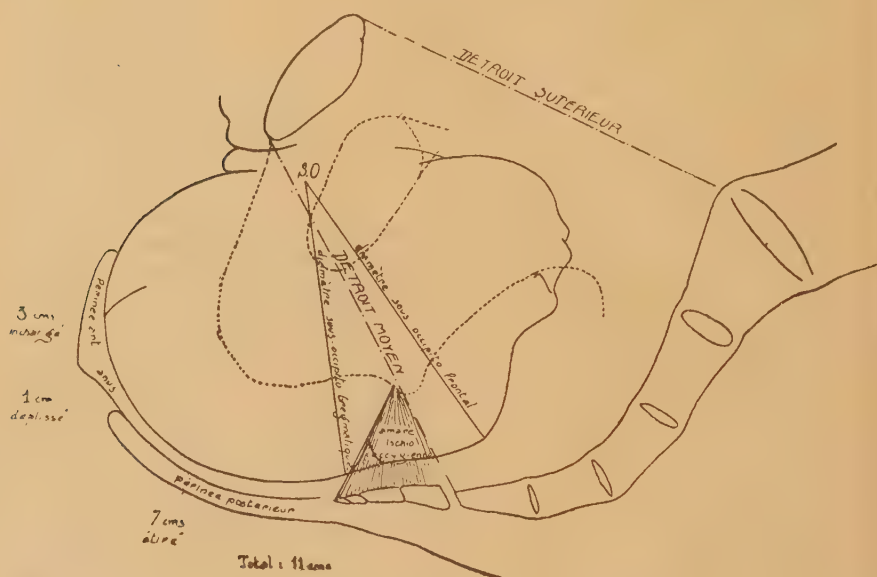


FIG. 8. — ENTRÉE DANS LE BASSIN MOU. Tête en flexion, le sous-occiput est rétro-pubien, tandis que le front, encore dans le bassin dur, lutte contre l'amarre ischio-coccygienne et que le coccyx est rétropulsé par le bregma. La fontanelle antérieure au devant du coccyx.

ON VOIT : la tête jouer au cache-cache, le périnée postérieur fortement étiré, l'anus déplié, le périnée antérieur encore peu intéressé.

courbure sacrée et tente de vaincre la résistance de l'amarre ischio-coccygienne.

La fontanelle antérieure, au contraire, repose déjà sur le bassin mou puisqu'elle nous apparaît nettement en dessus du coccyx qu'elle tente de rétropulser.

C'est donc sans étonnement que nous verrons ce

premier temps se traduire extérieurement par des changements de forme portant exclusivement sur la partie postérieure du périnée et sur l'anus.

En effet, sous l'action du coin de la présentation, il se produit un amincissement en même temps qu'un étirement très prononcé en arrière qui donne au périnée postérieur presque le double de sa longueur normale, c'est-à-dire 7 centimètres.

L'anus que nous pouvons normalement considérer comme un point et, partant, comme échappant à toute mensuration, possède à ce moment 1 centimètre de diamètre environ.

De l'anus à la vulve nous avons, au contraire, toujours 3 centimètres, cette région n'étant pas encore intéressée par l'ampliation. Au total, du coccyx à la commissure postérieure de la vulve, nous avons :

$$7 + 1 + 3 = 11 \text{ cm.}$$

au lieu de : $4 + 0 + 3 = 7 \text{ cm.}$

allongement d'autant plus appréciable qu'il ne porte que sur une portion de la paroi.

Finalement, après de longs efforts, dont la durée variable peut atteindre deux ou trois heures, se produit l'embrayage anté-coccygien de la présentation, ce qui la rend entièrement prisonnière du bassin mou sur lequel elle repose par tous ses points.

2/ *Traversée.* — Le deuxième temps du dégagement va alors pouvoir s'accomplir, autrement dit la présentation va pouvoir progresser à travers le berceau ilio-raphélien. Cette progression, se faisant suivant un axe vertical qui succède à l'axe quasi-horizontale d'engagement, amène le redressement progressif de la tête et sa mise en extension,

A la vulve nous pouvons constater que cette dernière ne rentre plus. Ainsi que la figure 9 nous le fait comprendre, il ne peut en être autrement. Par l'extension, le sous-occiput est venu, en effet, s'encadrer sous l'arcade pubienne.

La fontanelle postérieure est à ce moment visible devant la commissure vulvaire antérieure, le **vertex** est

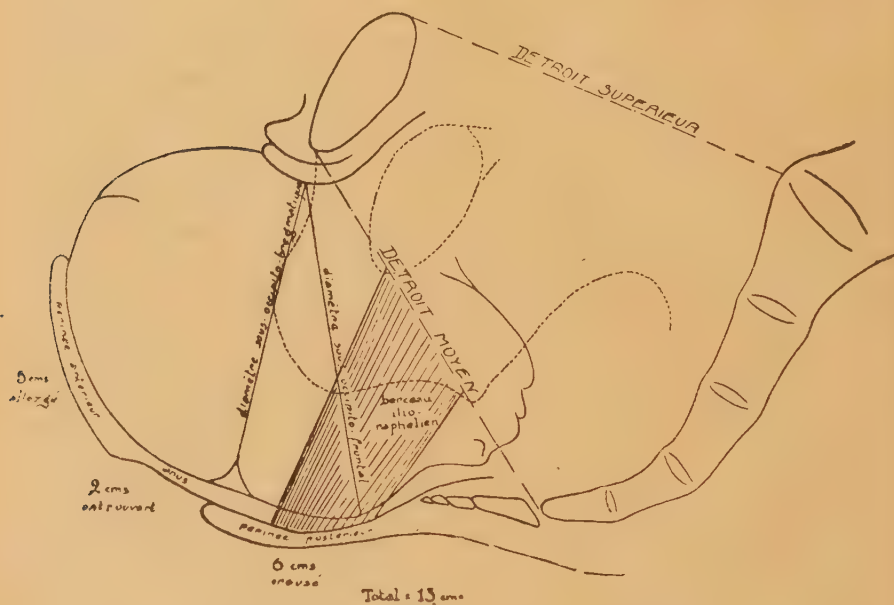


FIG. 9. — TRAVERSÉE DU BASSIN MOU. Tête en extension, le sous-occiput est sous-pubien, tandis que le front, derrière le périnée postérieur, lutte contre le berceau ilio-raphélien, et que le coccyx revient sous le nez. La fontanelle postérieure est devant la commissure antérieure, le vertex dans le périnée, la fontanelle antérieure au devant de l'an.

ON VOIT : la tête embrayée qui ne rentre plus, le périnée postérieur qui bombe et l'an entr'ouvert, le périnée antérieur s'allonge.

contenu par le périnée antérieur, le bregma s'appuyant sur l'an. Le front a pris derrière le périnée postérieur la place du bregma et lutte contre le muscle ilio-raphélien, tandis que le coccyx a tendance à se rabattre sous le nez,

Il est logique que la distension périnéale se déplace en avant en même temps que le projectile fœtal. Le périnée postérieur commence donc à diminuer de longueur revenant à 6 cm. Le front, cependant, continue à le faire fortement bomber en dehors et lui impose une notable augmentation dans le sens de la largeur.

L'anus entr'ouvert sous la poussée du bregma voit son diamètre augmenter encore de 1 cm. Le périnée antérieur s'étire à son tour et passe de 3 à 5 cm. Au total, le périnée atteint donc :

$$5 + 2 + 6 = 13 \text{ cm.}$$

subissant une notable augmentation sur le temps précédent.

3 *Sortie.* — En quelques minutes cette traversée du trajet pelvien se trouve accomplie et la présentation s'oppose bientôt à l'orifice de sortie, c'est-à-dire à la cravate pubo-canalienne doublée du constrictor cunni. Ce temps est aisément constatable, se déroulant entièrement à la vulve. Il correspond à une sorte d'exacerbation des douleurs ainsi qu'à leur rapprochement : ces « conquassantes » ne sont guère séparées l'une de l'autre que par un intervalle d'une minute.

La tête, sur la figure 10 et dernière, nous apparaît alors en déflexion. Le sous-occiput, ayant encore subi un léger recul, ne se trouve plus sous-pubien mais nettement pré-pubien.

La fontanelle postérieure ayant parcouru la longueur de la vulve se rapproche de plus en plus de sa commissure antérieure. Le vertex est dégagé du périnée et la fontanelle antérieure a remplacé le lambda au devant de la commissure postérieure.

Le front est représenté encore prisonnier de la portion périnéale antérieure et luttant contre la cravate

pubo-canalienne et le bulbo-caverneux. Mais, ayant désormais franchi le périnée postérieur, celui-ci se trouve soulagé et revient à 5 cm., c'est-à-dire bien près de sa longueur à l'état statique.

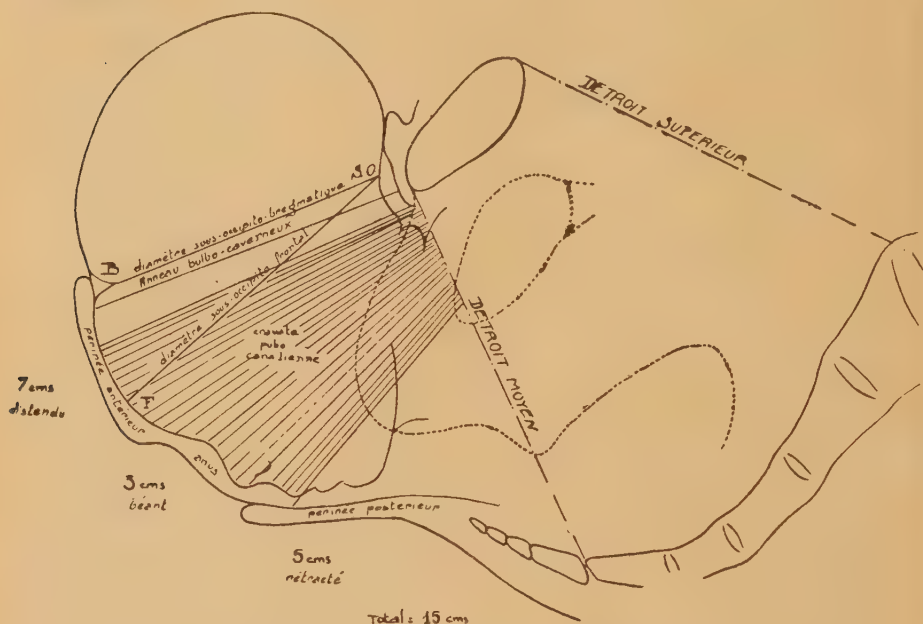


FIG. 10. — SORTIE DU BASSIN MOU. Tête en déflexion. Le sous-occiput est pré-pubien, tandis que le front, derrière le périnée antérieur, lutte contre la cravate pubo-canalienne et l'anneau bulbo-caverneux et que le coccyx s'applique au-devant du cou. La fontanelle postérieure se rapproche de la commissure antérieure, le vertex est hors du périnée, dans le cadre vulvaire, la fontanelle antérieure au-devant de la commissure postérieure.

ON VOIT : la tête éjectée hors de l'anneau vulvaire, le périnée postérieur se rétracte derrière le menton, l'anus ouvert par le visage, le périnée antérieur fortement distendu.

L'anus est devenu complètement béant et atteint 3 cm., tandis que la portion préanale du périnée passe par son maximum de 7 cm.

L'ensemble est alors extrêmement distendu, puisque nous obtenons :

$$5 + 3 + 7 = 15 \text{ cm.}$$

c'est-à-dire plus du double de la longueur primitive.

Etirement énorme qui nous frappe davantage encore par la précision des chiffres.

Il ne précède que de quelques secondes le retour à l'état initial. La tête étant entièrement éjectée hors du bassin mou, celui-ci se rétracte autour du cou fœtal et le dégagement de l'extrémité céphalique est enfin terminé.

4/ *Mouvements subis par le corps fœtal au cours du travail.* — Nous en aurions fini avec l'exposé de notre conception du mécanisme obstétrical dans la présentation du sommet en occipito-antérieure, prise pour type parce que la plus simple et la plus commune, si le fœtus se réduisait à sa seule extrémité céphalique.

Il est bien rare, certes, que, cette dernière une fois dégagée, apparaissent des difficultés au cours de l'expulsion du corps fœtal. Nous serions cependant incomplets si nous ne disions pas un mot des mouvements subis par ce dernier au moment de sa sortie de la filière.

Le fœtus possède, en effet, au-dessous de la tête deux autres parties renflées, le tronc et le siège, solidarisées avec elle et entre elles par une tige, non entièrement rigide, certes, mais cependant limitée dans ses déplacements, qui est la colonne vertébrale. Il résulte de cette solidarisation que tout changement d'attitude imposé par la filière génitale à la tête retentit sûrement, quoique avec un certain retard et une amplitude moindre, sur l'attitude de l'ovoïde cornique (1).

A la suite du renflement céphalique aplati, comme nous y avons insisté, d'une tempe à l'autre, nous trou-

(1) AUVARD. — *Loc. citat.*

vons celui des épaules auquel sa solidarisation avec la tête fait jouer dans le mécanisme un rôle qui est bien loin d'être négligeable.

Ces deux épaules sont séparées l'une de l'autre par un grand diamètre bi-acromial de 12 cm. à direction franchement perpendiculaire au grand diamètre céphalique. Elles forment un relief suffisant pour être perçues par le palper et ceci nettement à partir du 7^{me} mois où l'acromion forme, dit FABRE (1), « une saillie très nette, immobile et arrondie, autour de laquelle se trouvent des régions moins saillantes, le dos qui est lisse, le cou qui correspond à une dépression ». L'école lyonnaise, avec l'auteur précédent, attache une grande importance aux mouvements de l'épaule dont les variations d'emplacement fournissent pour elle de précieux renseignements soit avant, soit au cours du travail.

Notons que le diamètre bi-acromial est fortement réductible grâce au tassement du moignon de l'épaule et se ramène, en fait, à 9 cm. environ, c'est-à-dire à une dimension qui doit écarter toute difficulté dans son évolution.

Il en est de même pour le petit diamètre antéro-postérieur du tronc ou sterno-dorsal qui est de 9 cm. en moyenne.

Le siège du fœtus, tout comme le précédent renflement, est aplati d'avant en arrière, son diamètre prépondérant transversal allant d'un trochanter à l'autre et mesurant 9 cm. également. Dimension s'adaptant, comme les précédentes, à celles du canal à parcourir.

(1) FABRE. — Précis d'obstétrique. — Accouchement normal, 1936.

L'engagement de la présentation dans la filière laisse tout le reste du corps fœtal encore indépendant et libre de se déplacer au-dessus du détroit supérieur.

Il n'en est plus de même au cours du dégagement de la tête, car, à ce moment, le reste du corps représenté par sa première saillie, c'est-à-dire celle des épaules, s'engage dans le bassin maternel, obligé qu'il est de suivre la progression en avant.

Cet engagement se fait suivant le diamètre le mieux à même de le recevoir, c'est-à-dire le transversal ou l'oblique. Ceci cadre au mieux avec la position de la tête qui, nous nous le rappelons, est à ce moment antéro-postérieure.

Dans le cas le plus fréquent où le diamètre oblique est choisi, nous comprenons facilement le léger mouvement de rotation de la tête dès qu'elle est libérée de la contrainte des parties molles. Il tend tout naturellement, et sans avoir besoin pour se produire d'aucune contraction, à la rétablir en attitude correcte par rapport aux épaules.

Parvenues au détroit moyen, celles-ci vont être également obligées de s'accommoder au mieux. Elles plaçant donc le diamètre bi-acromial dans le sens antéro-postérieur. C'est ce mouvement qui commande la rotation externe de la tête, plaçant son grand diamètre perpendiculaire à celui de la fente vulvaire.

III. — RÉSUMÉ

Si donc, nous voulons nous résumer en quelques lignes, nous pouvons distinguer trois étapes dans le trajet parcouru par chacune des parties fœtales :

La première est l'engagement dans le bassin dur ;

La deuxième est la rotation se produisant à la jonction de ce dernier et du bassin mou ;

La troisième enfin qui est le dégagement à travers celui-ci.

Ces trois temps se produisent, bien entendu, non pas simultanément, mais consécutivement pour chaque partie envisagée. Il existe donc un certain décalage dans le temps et la succession des phénomènes mécaniques peut être enregistrée comme suit :

La présentation franchit le détroit supérieur, parcourt la filière osseuse et vient tourner à la fente du détroit moyen. Jusque là le tronc fœtal est toujours au-dessus du canal osseux.

La tête accomplit alors son dernier temps et se dégage à travers les parties molles. C'est à ce moment que débute le premier temps pour les épaules qui s'engagent à leur tour.

Elles parviennent à la jonction dur-mou et y effectuent leur deuxième temps dont la traduction visible est la rotation externe de la tête.

L'ensemble du corps se dégage enfin de la filière accomplissant son troisième temps et laissant coïncider sa plus grande dimension avec celle de la vulve; le troisième renflement aplati exactement comme le deuxième ayant toujours une position identique à celle de ce dernier et ne nécessitant, par conséquent, de sa part aucune rotation supplémentaire.

C'est d'une façon semblable que se déroulent les phénomènes dans le cas où le sommet est en occipito-postérieure. L'engagement se produit cependant avec une grande lenteur, la flexion demeurant souvent tardive et incomplète. L'occiput trouve, en effet, dans « l'accueillante concavité du sacrum » un large et complaisant refuge dans lequel il s'attarde.

Parfois le dégagement se produit en occipito-sacrée. Il se déroule alors suivant un mode absolument symétrique de celui que nous avons décrit. Le sous-occiput prend point d'appui sur la commissure postérieure de la vulve, la tête se défléchit autour de cette fourchette et l'on voit successivement apparaître à la commissure antérieure le front, le nez, et le menton. Il en résulte un dégagement plus long, plus laborieux et un risque accru de déchirure périnéale.

La description que nous venons de faire pour une présentation du sommet s'applique également aux autres présentations, après, bien entendu, de nécessaires retouches de détail.

Telle est notre conception du mécanisme obstétrical à la suite de l'enseignement que nous avons reçu à la Maternité de Montpellier.

La schématisation en est la caractéristique dominante. C'est celle-ci que, pour notre part, nous apprécions particulièrement et c'est à cause d'elle que nous l'avons retenue. Elle permet de retrouver sans grande difficulté pour l'esprit les traits essentiels et les plus caractéristiques des phénomènes que nous avons envisagés.

L'obstétrique est dirigée par des règles générales qu'il est utile pour le clinicien d'avoir constamment et nettement à l'esprit. Leur connaissance permet d'aider la nature sans la contrecarrer. A charge pour le clinicien, ayant en main ce simple mais précieux fil conducteur, de s'adapter aux variations individuelles.

Ces grandes lignes sont la base de l'obstétrique. Nous jugeons donc légitime de les avoir exposées sous une forme que nous avons voulue d'une compréhension facile.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité pratique d'accouchements (1898).
- BOIVIN (M^{me}). — Mémorial de l'art des accouchements (1812).
- CHAILLY. — Traité pratique de l'art des accouchements (1842).
- DELMAS (Paul) :
- 1/ Enseignement oral ;
 - 2/ Du dégagement en mécanique obstétricale (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* [Mai 1942]).
- DEVRAIGNE. — Précis d'obstétrique (1942).
- DUGÉS. — Manuel d'obstétrique ou traité de la science et de l'art des accouchements (1840).
- FABRE. — Précis d'obstétrique. — Accouchement normal (1936).
- GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen (1926).
- LACHAPELLE (M^{me}). — Pratique des accouchements (1821).
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées (1740).
- PAJOT. — Travaux d'obstétrique et de gynécologie (1882).
- TARNIER. — Traité de l'art des accouchements (1882).
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique (1929).
- VARNIER. — Précis d'obstétrique journalière (1900).
- VALLOIS. — Accouchement normal (1902).
-

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1. — Engagement ou <i>entrée dans le bassin dur</i>	42
FIGURE 2. — Descente ou <i>traversée du bassin dur</i>	43
FIGURE 3. — Le plancher pelvien vu en coupe frontale...	45
FIGURE 4. — Rotation ou <i>sortie du bassin dur</i>	46
FIGURE 5. — Le diaphragme pelvien, vu d'en bas.....	49
FIGURE 6. — L'escalier pelvien, vu d'en haut	51
FIGURE 7. — Le pont-levis pelvien levé et abaissé.....	54
FIGURE 8. — <i>Entrée</i> dans le bassin mou.....	56
FIGURE 9. — <i>Traversée</i> du bassin mou.....	58
FIGURE 10. — <i>Sortie</i> du bassin mou	60

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
PREMIÈRE PARTIE. — HISTORIQUE.....	11
I. — MAURICEAU ou <i>la Traversée osseuse</i>	13
II. — SMELLIE ou <i>l'Orientation fœtale</i>	16
III. — SOLAYRÈS de RENHAC ou <i>les Présentations</i>	17
IV. — BAUDELOCQUE ou <i>la Rotation</i>	18
V. — Madame LACHAPELLE ou <i>le Dégagement</i>	19
VI. — Madame BOUVIN ou <i>les Occipito-sacrées</i>	22
VII. — NAEGLÉ ou <i>la rotation des Occipito-postérieures</i>	23
VIII. — DUGÉS ou <i>Flexion et Déflexion</i>	24
IX. — DUBOIS ou <i>le Plancher du Bassin</i>	26
X. — PAJOT ou <i>la loi d'Accommodation</i>	28
XI. — TARNIER ou <i>le Rôle du Périnée</i>	29
XII. — VARNIER ou <i>le Déroit moyen</i>	33
XIII. — VALLOIS ou <i>le Front</i>	35
SECONDE PARTIE. — EXPOSÉ DU MÉCANISME OBSTÉTRICAL...	39
I. — ÉTAPE GRAVIDIQUE. — LA TRAVERSÉE DU BASSIN DUR OU ENGAGEMENT.....	39
A. — ENGAGEMENT :	40
a) Traduction subjective.....	41
b) Constatations objectives.....	41
B. — DESCENTE :	43
Synclitisme et Asynclitisme.....	44
C. — ROTATION.....	46
II. — ÉTAPE DU TRAVAIL : LA TRAVERSÉE DU BASSIN MOU OU DÉGAGEMENT.....	47
A. — LE PLANCHER PELVIEN :	47
a) Description classique.....	48

b) Conception proposée.....	49
1/ <i>Amarre</i>	50
2/ <i>Berceau</i>	51
3/ <i>Cravate</i>	52
B. — LE TRAVAIL :.....	52
a) Phénomènes physiologiques.....	52
b) Mécanisme.....	55
1/ <i>Entrée</i>	55
2/ <i>Traversée</i>	57
3/ <i>Sortie</i>	59
4/ <i>Mouvements subis par le corps fœtal</i> <i>au cours du travail</i>	61
III. — RÉSUMÉ.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	67
TABLE DES FIGURES.....	68
TABLE DES MATIÈRES.....	69

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Quelques considérations sur le mécanisme obstétrical, par M. JAUBERT (Jacques).

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 23 septembre 1942.

Le Professeur,

Paul DELMAS.

Vu : Le Doyen de la Faculté.

Montpellier, le 30 septembre 1942.

G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 2 octobre 1942

Le Recteur,

J. SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
